

ASS en verslaving

Behandelervaringen in een DD-programma

Marc Bosma, Johan van Zanten en Christina Sonneborn *

De aandacht voor diagnostiek en behandeling van volwassenen met een autismespectrumstoornis (ASS) is de laatste jaren gegroeid. De prevalentie binnen de algemene bevolking wordt geschat op bijna 1%. Het aantal stoornissen in middelengebruik is binnen deze groep vergelijkbaar met die binnen een psychiatrische populatie. Bij het ontbreken van richtlijnen voor geïntegreerde behandeling is op basis van praktijkervaringen en beschikbare interventies een individueel aanbod ontwikkeld van diagnostiek, psycho-educatie, aangepaste leefstijltraining, mindfulness en vaktherapie. Cliënten lijken vooral gebaat bij een grote mate van nieuwsgierigheid bij de hulpverlener naar het specifieke karakter van het autisme bij elke individuele cliënt. Naarmate de cliënt samen met de hulpverlener meer zicht krijgt op de mogelijkheden, beperkingen en klachten die de ASS met zich meebrengt, ontstaat ruimte om te onderzoeken wat de functie van middelengebruik of verslavingsgedrag kan zijn en welke alternatieve gedragingen ontwikkeld kunnen worden. Specifieke aandacht gaat uit naar: betekenisgeving aan terugval in middelengebruik, bevorderen van generalisatie en aanpak van praktische problemen. E-mailcontacten en samenwerking met naastbetrokkenen blijken ondersteunend. ASS vraagt van de hulpverlener bovenal een authentieke en betrouwbare bejegening en ruimte om bij aanpak en tempo van het behandelproces rekening te houden met de autonomiebehoefte van de cliënt.

* Drs. M.W.M. Bosma is psycholoog bij het dubbele-diagnoseprogramma Vught van Novadic-Kentron. E-mail: marc.bosma@novadic-kentron.nl.

Drs. J. van Zanten is psycholoog bij het dubbele-diagnoseprogramma Vught van Novadic-Kentron.

Drs. C.K.M.E. Sonneborn is psychiater bij het dubbele-diagnoseprogramma Vught van Novadic-Kentron.

Inleiding

In de loop van het tienjarig bestaan van het dubbele-diagnoseprogramma (DD) bij Novadic-Kentron te Vught hebben wij regelmatig cliënten met verslavingsproblematiek en een autismespectrumstoornis (ASS) behandeld en zijn wij meer vertrouwd geraakt met de eigenheid van deze cliënten. In dit artikel presenteren wij, op grond van die praktijkervaringen, suggesties voor een geïntegreerde behandeling van verslavingsproblematiek bij cliënten met een ASS.

PREVALENTIE ASS EN VERSLAVING

De prevalentie van ASS binnen de algemene bevolking wordt geschat op bijna 1 procent (Baron-Cohen e.a., 2009) en er is groeiende aandacht voor deze problematiek bij volwassenen. Binnen het autismespectrum worden bij volwassenen vooral drie stoornissen onderscheiden in de DSM-IV-TR (APA 2000): de autistische stoornis, het syndroom van Asperger en de pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven (PDD-NOS). Op gedragsniveau worden de stoornissen op hoofdlijnen gekenmerkt door beperkingen in de sociale interactie, beperkingen in de communicatie en stereotiepe of rigide patronen in gedrag en belangstellingen. Daarnaast is vaak sprake van een tekort aan verbeelding, waardoor het moeilijk is zich voor te bereiden op toekomstige gebeurtenissen en in te schatten wat een ander denkt of verwacht. Men kan bovendien heel sterk of juist heel weinig gevoelig zijn voor diverse zintuiglijke prikkels. Deze gedragskenmerken worden beschouwd als het resultaat van informatieverwerkingsproblemen op neurocognitief niveau, die op hun beurt worden toegeschreven aan biologisch-genetische afwijkingen.

De prevalentie van ASS binnen de verslavingszorg of binnen DD-programma's is ons niet bekend. Wel wordt in enkele studies naar comorbide problematiek bij cliënten met een ASS gerapporteerd over stoornissen in middelengebruik:

- ASS-clieñten in specialistische derdelijnsvoorzieningen: 30 procent verslavingsproblematiek (Sizoo e.a., 2010);
- cliënten met syndroom van Asperger: 11 procent verslavingsproblematiek (Lugnegård, Hallerback & Gillberg, 2011);
- ASS-clieñten: 16 procent verslavingsproblematiek (Hofvander e.a., 2009).

Sizoo concludeert dat stoornissen in middelengebruik even vaak voorkomen bij cliënten met een ASS als binnen een psychiatrische populatie. Ze komen daarmee vaker voor bij mensen met een ASS dan in de algemene bevolking, maar minder vaak dan bij mensen met ADHD.

Lugnegård vindt met name verslavingsproblematiek bij cliënten met het syndroom van Asperger wanneer tevens sprake is van ADHD. In de studie van Hofvander is binnen de groep ASS-clieñten met verslavingsproblematiek de groep van PDD-NOS-clieñten significant oververtegenwoordigd.

In beschouwingen over de relatie tussen ASS en verslavingsproblematiek wordt soms de suggestie gedaan dat ASS een beschermende factor zou kunnen zijn tegen middelenproblematiek (Santosh & Mijovic, 2006; Hoevenaars, 2009; Ryden, Ryden & Hetta, 2008), maar feitelijk is nog maar weinig bekend over de omvang en aard van de comorbiditeit tussen ASS en verslaving. De impact van verslavingsproblematiek voor individuele mensen met een ASS is echter duidelijk beschreven in ervaringsverhalen, zoals van Tinsley (2008), De Witte (2009) en Gerland (2010), die wij ook in de praktijk herkennen. Sizoo concludeert in zijn studie dat verslavingsproblematiek voor cliënten met een ASS meer beperkingen met zich meebrengt dan voor mensen met ADHD. Hoewel het aantal publicaties over diagnostiek en behandeling bij volwassenen met een ASS de laatste tijd groeit, ontbreekt het nog aan onderbouwde richtlijnen voor een geïntegreerde behandeling van cliënten met een ASS en verslavingsproblematiek (Singh, Hellemans & Dom, 2012).

BEHANDELING VAN ASS IN EEN DD-PROGRAMMA

Het DD-programma van NK is een (poli)klinische derdelijnsvoorziening, gericht op cliënten met zowel ernstige (primaire) verslavingsproblematiek als psychiatrische problematiek. Het is een zeer heterogene cliëntenpopulatie (Sonneborn & Bosma, 2011). Het aanbod bestaat uit klinische behandeling (zestien bedden, met een gemiddelde opnameduur van drie maanden) en poliklinische/deeltijdbehandeling (gemiddeld 5.700 individuele cliëntcontacten per jaar, inclusief psychiatrische intensieve thuiszorg, en vierhonderd groepscontacten per jaar). Er wordt een geïntegreerde behandeling geboden vanuit de principes van ‘integrated dual disorder treatment’ (IDDT), zoals gefaseerde behandeling (Mueser e.a., 2003) en motiverende gespreksvoering, aangevuld met individuele en groepsbehandelvormen zoals psychoeducatie, cognitieve gedragstherapie, psychotherapie en EMDR.

Er wordt gefocust op positieve, niet aan middelengebruik gerelateerde perspectieven, in lijn met de herstelvisie en met de behandelvisie vanuit de ‘community reinforcement approach’ (CRA; Roozen e.a., 2004). Daarbij wordt een beroep gedaan op de individuele autonomie en op

het aangaan en vasthouden van een samenwerkingsrelatie, omdat cliënten met een dubbele diagnose veelal problemen hebben met 'commitment' aan een behandeling (Dawson & MacMillan, 1993). Het aantal cliënten met ASS dat de afgelopen tien jaar binnen het DD-programma is behandeld, bedraagt 38 (6 procent van het cliëntenbestand), van wie vier vrouwen. De meest voorkomende diagnoses in het totale cliëntenbestand zijn ADHD, persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen en affectieve stoornissen (Sonneborn & Bosma, 2011). Het aantal ASS-aanmeldingen laat een stijgende lijn zien. Bij een beperkt deel van de cliënten is op het moment van aanmelding al sprake van een ASS-diagnose. Bij het merendeel (circa 75 procent) wordt tijdens de behandeling alsnog een ASS-diagnose gesteld.

Diagnostiek en behandellementen

Bij het ontbreken van richtlijnen voor behandeling, ontwikkelden wij - op basis van de huidige praktijkervaringen en beschikbare interventies - een aanbod dat met het oog op detoxificatie en diagnostiek meestal van start gaat met een klinische fase (drie tot zes maanden), gevolgd door een poliklinische fase.

PSYCHODIAGNOSTIEK

In en na de detoxificatieperiode letten wij op signalen die wijzen op mogelijk een ASS. Kenmerken van een ASS zijn bij volwassenen vaak moeilijk zichtbaar, doordat deze mensen een geschiedenis kennen van leren hanteren en verbloemen van kenmerken van een ASS en kampen met comorbide problematiek (Geurts, Deprey & Ozonoff, 2010). Kenmerkende observaties op de afdeling zijn bijvoorbeeld:

- niet aansluiten bij en geneigd zijn zich terug te trekken uit de groep;
- signalen in de groepsdynamiek niet aanvoelen of begrijpen;
- alleen informatie-uitwisseling en geen gesprekken over 'koetjes en kalfjes';
- misverstanden in de communicatie met het verpleegkundig team;
- veel stress ervaren van onduidelijke afspraken in het verblijfsmilieu;
- blijk geven van een groot rechtvaardigheidsgevoel;
- zeer sterk hechten aan structuur, vaste routines en taken;
- zich intensief bezighouden met specifieke belangstellingen;
- eigenaardige motoriek.

Bij zulke signalen wordt nadere diagnostiek gedaan in vier stappen, waarover binnen de landelijke werkgroep CASS 18+ overeenstemming

is bereikt (Jansen, Geurts & Van Tilburg, 2010). Die stappen zijn, naast anamnese, heteroanamnese en psychiatrisch onderzoek, als volgt.

- 1 ASS-screeningsvragenlijst, bijvoorbeeld de Autisme-Spectrum Quotient (AQ-NL; Hoekstra e.a., 2008). Bij onvoldoende aanwijzingen stopt het ASS-onderzoek.
- 2 Afname ontwikkelingsanamnese, bijvoorbeeld door middel van de Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R; Rutter, Le Couteur & Lord, 2003). Bij onvoldoende aanwijzingen stopt het ASS-onderzoek.
- 3 DSM-IV-classificatie, bijvoorbeeld met het semi-gestructureerd anamnestic interview van Spek (2008), eventueel gevolgd door aanvullend onderzoek naar comorbiditeit. Bij onvoldoende aanwijzingen wordt het onderzoek gestopt. Bij voldoende aanwijzingen wordt de diagnose gesteld en volgt zo nodig aanvullend onderzoek (stap 4). Ook bij twijfel wordt doorgegaan met stap 4.
- 4 (Neuro)psychologisch onderzoek (Spek e.a., 2010) en persoonlijkheidsonderzoek.

PSYCHO-EDUCATIE

Kennis van het eigen autisme is essentieel voor het proces van zelfacceptatie en het kunnen plaatsen van ervaren klachten en beperkingen. Het vermindert onrust en ondersteunt het zelfonderzoek naar de functie van middelengebruik. Belangrijk is ook om de positieve kwaliteiten van mensen met autisme te belichten (Vuijk e.a., 2012). Om goed aan te sluiten bij de problematiek en het kennisniveau van de cliënt, bieden wij psycho-educatie over ASS individueel aan, in gemiddeld acht sessies. Daarbij wordt gebruik gemaakt van 'Ik ben speciaal' (Vermeulen, 2004), een psycho-educatie module van Kan (2008), 'Auti-communicatie: geef me de 5' (De Bruin, 2012) en Baron-Cohen (2009). Als opstapje gebruiken we de scores van de cliënt op verschillende subschalen van de AQ (Hoekstra e.a., 2008).

Voor de psycho-educatie over middelengebruik maken we gebruik van de regulier gehanteerde voorlichtingsmaterialen in de verslavingszorg, echter met nadruk op feitelijke en wetenschappelijke informatie, omdat cliënten met een ASS daaraan de meeste motivatie voor gedragsverandering ontleen. De cliënt wordt tevens gevraagd stil te staan bij mogelijke samenhang tussen ASS en middelengebruik en naar de functie van gebruik of verslavingsgedrag in relatie tot comorbide klachten. Soms blijkt psycho-educatie over de schadelijke (fysie-

ke) gevolgen van middelengebruik en/of inzicht in eigen autisme voldoende voor cliënten om van het ene op het andere moment ‘de knop om te zetten’ en te stoppen met gebruik.

TRAINING ASS EN MIDDELENGEBRUIK

Voor een geïntegreerde benadering van de verslavingsproblematiek en de ASS maken we gebruik van de individuele leefstijltraining ‘ASS en gebruik’. Deze bestaat uit twaalf tot maximaal vijftien sessies en is gebaseerd op voor ASS-cliënten bewerkte versie (Jongma, Meijer & Van Gaal, 2008) van de Leefstijltraining 2 (De Wildt, 2001). Daaraan zijn elementen vanuit de cognitieve gedragstherapie toegevoegd, ontleend aan de handleiding voor cognitieve gedragstherapie voor cliënten met een ASS van Schuurman (2010). Koomans van den Dries (2012) baseerde daarop eveneens een poliklinische groepstraining: ‘Verslaving en ASS’.

In de eerste sessies van de individuele training worden de opzet en gebruikte werkvormen toegelicht. Cliënten met een ASS stellen picto’s als visuele ondersteuning in het werkboek veelal op prijs. Tevens worden afspraken gemaakt over de samenwerking. Belangrijk is met cliënten de voor- en nadelen van opties binnen de training te bespreken en hen de keuze te laten, bijvoorbeeld wat betreft het gebruik van dagboekformulieren om de aard en functie van het middelengebruik te onderzoeken. Vervolgens worden de voor- en nadelen van gebruik en van stoppen met gebruik op korte en lange termijn onderzocht, evenals de mogelijke functies van gebruik; ook in relatie tot het hantieren van ASS-kenmerken en de daarmee samenhangende risicomomenten. Visualisatie van deze verbanden in een tekening is zeer ondersteunend.

Helderheid over de functie van het gebruik biedt binnen de training aanknopingspunten voor verandering van het verslavingsgedrag. Voor cliënten met een ASS blijken functies van middelengebruik en verslavingsgedrag vaak te zijn:

- omgaan met lege momenten en creëren van daginvulling;
- beperken van rumineren en piekeren;
- verminderen van spanning, samenhangend met het gevoel anders te zijn en zich te moeten aanpassen;
- verminderen van spanning, als gevolg van (sociale) overprikkeling en slepende (praktische) problemen.

Bij het opstellen van doelen tijdens de training en van afspraken in het noodplan - voor het omgaan met risicomomenten, zucht en dreigend of daadwerkelijk hergebruik - is het belangrijk dat deze zeer concreet

en expliciet geformuleerd worden en er geen enkele ruimte voor interpretatie is. In het noodplan wordt tevens extra aandacht besteed aan de steunende en structurerende rol van de steungroep (familie, vrienden en hulpverlening). Zeer nadrukkelijk wordt aandacht besteed aan terugval in middelengebruik, omdat dit juist voor cliënten met een ASS beladen is en zij - nog meer dan andere cliënten - moeite hebben dit als leermoment te gebruiken. De spanning en zucht als gevolg van gedachten aan een dreigende terugval kunnen aanleiding zijn voor een daadwerkelijke terugval. Vanuit de geneigdheid tot overgeneraliseren en zwart-witdenken (kenmerkend voor ASS) wordt de keuze om opnieuw te gaan gebruiken als zeer catastrofaal geïnterpreteerd en triggert men negatieve schema's. Cognitieve herstructurering en gebruik van G-schema's is hierbij ondersteunend. Desondanks kan de cliënt behoefte houden aan een geplande terugval, als een soort test.

In de laatste sessies worden, vanuit de functieanalyse, keuzeonderwerpen ter hand genomen. Bij ASS zijn speciaal van belang:

- omgaan met lege tijd;
- vinden van een vrijetijdsbesteding;
- terugdringen van piekergedachten en rumineren;
- vinden van aanvaardbaar evenwicht in onderhouden van sociale contacten;
- leren herkennen van stressbronnen en stresssignalen en dan gebruik weten te maken van het noodplan.

MINDFULNESS-TRAINING

Om klachten te verminderen die veelal aanleiding zijn voor zucht en terugval in middelengebruik (zoals rumineren en angst- en spanningsklachten) bieden we een individuele mindfulness-training van gemiddeld acht sessies aan, op basis van het door Spek (2010) beschreven protocol voor mensen met een ASS. Er zijn aanwijzingen dat met deze aangepaste vorm van mindfulness bij volwassenen met een ASS een significante afname van angst- en somberheidsklachten en een toename van positieve gevoelens gerealiseerd kunnen worden (Spek, Van Ham & Nyklíček, 2013). Het protocol is aangepast op basis van de informatieverwerking en gedragsmatige kenmerken die typerend zijn voor ASS. Zo zijn onduidelijke taal en verwijzingen naar vage of 'wollige' concepten achterwege gelaten of vervangen door concreet taalgebruik en wordt er meer aandacht besteed aan het plannen van het huiswerk.

Na een korte introductie over mindfulness is het belangrijk ervaringsgericht te starten met een korte oefening en pas daarna de essentie van mindfulness aan de hand van de 'doe-modus' en de 'zijn-modus' uit te

leggen. Benadrukt wordt dat het niet om prestatiegerichte oefeningen gaat, maar dat het doen van de oefening an sich voldoende is. Vervolgens maakt de cliënt kennis met verschillende mindfulness-oefeningen en bepaalt zijn voorkeur. Bij ASS is oefenen in de thuissituatie essentieel, met het oog op generaliseren, en moet het doen van oefeningen een vast onderdeel worden van het dagelijks patroon. De trainer maakt dit concreet door in de thuissituatie met cliënt te bespreken waar en wanneer oefeningen worden gedaan (zoals in welke ruimte en op welke stoel).

VAKTHERAPIE

Voor cliënten met een ASS biedt het non-verbale kader van vaktherapie vaak veel veiligheid om te durven ervaren en experimenteren. Binnen het DD-programma maken we daarom gebruik van psychomotorische therapie en muziektherapie. De ervaringsgerichte aanpak helpt cliënten inzicht te krijgen in eigen handelen en gevoel, maar ook om alternatieven te oefenen.

Aandachtspunten

BEJEGENING, AUTONOMIE EN TEMPO

Betrouwbaarheid, duidelijkheid en voorspelbaarheid in de samenwerking bieden cliënten met een ASS een veiligheid die sterk bevorderlijk is voor een goede werkrelatie. Transparante afspraken, duidelijkheid over en waarmaken van de planning van het behandelprogramma en dagstructurering ondersteunen dit. Bovenal geldt echter als essentiële basis in de bejegening en de samenwerkingsrelatie dat de cliënt met een ASS weet wat hij aan je heeft. Cliënten met een ASS hebben een feilloos gevoel voor niet-oprechte belangstelling en betrokkenheid en zijn dan geneigd hulpverleners te onderzoeken op hun betrouwbaarheid. Een hulpverlener denkt dan al gauw aan persoonlijkheidsproblematiek.

Wij hebben bovendien ondervonden dat het tevens essentieel is dat de cliënt eigenaar is van zijn herstelproces. Dit betekent dat de hulpverlener ervan doordrongen moet zijn dat de cliënt het tempo van de behandeling bepaalt en dat tijdens alle stappen in het proces - meer nog dan bij andere cliënten - rekening moet worden gehouden met de autonomiebehoefte van de cliënt. Socratische gespreksvoering of een voor cliënten met autisme aangepaste vorm daarvan (zoals de 'socratische' methode; Vermeulen, 2005) ondersteunt om zelf tot conclusies en oplossingen te komen, doordat de hulpverlener steeds de juiste vragen stelt en de cliënt aanmoedigt zelf keuzen te maken.

Inherent aan ASS is een lagere informatieverwerkingssnelheid. Verba-
le vaardigheden van cliënten, zeker van cliënten met het syndroom van
Asperger, kunnen voor de hulpverlener misleidend zijn en de indruk
wekken dat het tempo wel omhoog kan. Men heeft echter extra tijd
nodig om zaken te laten bezinken en op hun plek te laten vallen. Door
als hulpverlener rust en vertrouwen in het behandelproces uit te stra-
len, zet de cliënt op een gegeven moment de volgende stap. Tevens is
belangrijk om, in de communicatie, regelmatig te checken of de cliënt
begrepen heeft wat besproken of afgesproken is.

GENERALISATIE BEVORDEREN

Voor cliënten met een ASS is het vaak moeilijk overeenkomsten tussen
situaties te zien als deze niet geheel hetzelfde zijn en ze kunnen zich
moeilijk een voorstelling maken van andere situaties. Dit maakt het
moeilijk om geleerd gedrag te generaliseren naar andere situaties. Dit
roept veranderingsweerstand op en de neiging uit te stellen, nieuwe
situaties uit de weg te gaan of terug te vallen op vertrouwd en daardoor
veilig en spanningsreducerend gedrag (zoals middelengebruik of ver-
slavingsgedrag). Tijdens de behandeling is het daarom essentieel om
veel aandacht te besteden aan het ondersteunen van generalisatie van
concreet gedrag naar de dagelijkse leefsituatie van de cliënt. Dit kan
als volgt gebeuren.

- Samen met de behandelaar of begeleider de eerste stappen naar een
andere situatie ondernemen. Dit voorkomt uitstelgedrag. Het staps-
gewijs oefenen wordt na de klinische opname ondersteund door
inzet van een medewerker van het 24-uursteam die de cliënt in de
thuisituatie opzoekt.
- Samen voorafgaand aan een activiteit verschillende scenario's be-
spreken. Het beoordelen ervan en het in beeld brengen van de eigen
invloed hierop, maakt nieuwe situaties overzichtelijk.
- Mensen met een ASS zijn zich vaak niet bewust van de mogelijkheid
tot het inschakelen van hulp of ondersteuning of zijn ervan over-
tuigd dat ze alles zelf moeten kunnen oplossen. Zij hebben, zo heb-
ben wij ondervonden, echter vaker een redelijk intact en steunend
netwerk dan de gemiddelde cliënt met verslavingsproblematiek en
comorbide problematiek. Ook deze naastbetrokkenen kunnen ge-
vraagd worden een ondersteunende rol te spelen.

Naastbetrokkenen - veelal de ouders en/of partner - worden met in-
stemming van de cliënt bij de behandeling betrokken. Zij worden on-
dersteund met psycho-educatie en begeleiding rond ASS en gebruik.
Dit is met name van belang wanneer de diagnose van ASS nog maar

kort geleden is gesteld, en tevens voor het maken van afspraken over het toepassen van een noodplan (rond terugval in middelengebruik of verslavingsgedrag).

PRAKTISCHE PROBLEMEN (LEREN) AANPAKKEN

Cliënten met ASS worstelen vaak langdurig met het oplossen van praktische problemen. Door een passieve en ontwijkende coping-stijl kunnen ogenschijnlijk eenvoudige problemen op diverse levensterreinen lang doorzeuren, veel gepieker en stress met zich meebrengen en nare gevolgen hebben. Als voorbeeld noemen we hier het vastlopen van een ambulantly vervolgtraject doordat een hoogopgeleide cliënt een lekke fietsband had, maar niet wist waar en hoe deze te (laten) repareren en dit ook niet liet weten. Daardoor verscheen hij niet op afspraken bij de ggz, UWV en tandarts, groeiden zijn schulden (door taxigebruik), verscheen hij niet volgens afspraak bij arbeidstoeleiding en sportschool en bleef hij thuis zitten, waarna hij terugviel in alcoholmisbruik. Het traject kon weer worden opgestart nadat cliënt nauwkeurige uitleg had gekregen hoe en waar zijn fiets kon worden gerepareerd.

We visualiseren het belang van aandacht voor praktische levensproblemen aan de hand van de piramide van Maslow. Bij het actief leren aanpakken van problemen helpt het samen in kaart brengen van voor- en nadelen, met een toekenning van cijfers om het gewicht van een overweging aan te geven. Bij voorkeur wordt dit ook visueel inzichtelijk gemaakt, met een weegschaal. Dit blijkt een goed hulpmiddel voor cliënten om tot keuzen te kunnen komen en aanknopingspunten te zien voor een actievere beïnvloeding van de omgeving.

E-MAILCONTACT

Het onderhouden van contact per e-mail wordt door cliënten zeer gewaardeerd. Ze kunnen dan op een door hen gewenst tijdstip, na het verwerken van de informatie, met meer rust formuleren wat ze willen zeggen, zonder gehinderd te worden door een veelheid aan prikkels en de spanning die samengaat met face-to-face-contact in sociale interacties. Het e-mailcontact biedt daarmee gelegenheid om de samenwerkingsrelatie in stand te houden en gerichte vragen te stellen waarover de cliënt kan nadenken, zonder hem het gevoel te geven het proces te willen overnemen. Communicatie per e-mail draagt bovendien bij aan het verminderen van rumineren, aangezien de cliënt vragen niet hoeft op te sparen tot een volgende face-to-face-ontmoeting met de trainer.

GRENZEN AAN MAATWERK

Cliënten met ASS stellen een DD-afdeling, in haar streven naar maatwerk, soms extra op de proef. Dit individuele maatwerk, aansluitend bij het eigen karakter van de cliënt en met begrip voor de ASS, kan op gespannen voet staan met meer op beheersbaarheid gerichte afspraken en afdelingsregels.

- Van hulpverleners en verpleegkundigen dienen hun gedrag naar en bejegening van de cliënt snel te kunnen aanpassen. In de dagelijkse hectiek en dynamiek van een DD-afdeling kan dit erg moeilijk zijn. Zo zullen cliënten met een ASS, vanuit hun behoefte aan veiligheid, gaan onderzoeken en uitproberen of de duidelijkheid en voorspelbaarheid binnen de afdeling en bij de verschillende medewerkers gegarandeerd zijn. Dit kan gemakkelijk verward worden met persoonlijkheidsproblematiek en daardoor niet-adequate interventies uitlokken.
- Voor cliënten met ASS is, gezien hun prikkelgevoeligheid, verblijf op een klinische DD-afdeling meer belastend dan verblijf in een andere, meer aangepaste behandelomgeving. Naast het belastende aspect zien we echter een behandelaspect. Het verblijf op een DD-afdeling brengt voor een cliënt met een ASS eenzelfde spanningsveld met zich mee als de situatie van iemand met een ASS in de samenleving. Enerzijds is er de wenselijkheid te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om situaties en omstandigheden aan te passen ten gunste van het welzijn, lerend vermogen en functioneren van mensen met een ASS. Anderzijds is het niet mogelijk situaties volledig ‘autisme-proof’ te maken en is de behandeling erop gericht daar zo goed mogelijk mee om te leren gaan.

Er rijzen soms dan ook twijfels of het wenselijk is deze cliëntengroep te behandelen binnen een heterogeen samengestelde klinische context. Tegelijkertijd is onze ervaring dat de werkwijze om in behandelbeleid en tempo zoveel mogelijk aan te sluiten bij de autonomie-behoeften van de cliënt, juist ook bij cliënten met een ASS tot veelbelovende stappen in het herstelproces kan leiden. Daarnaast weet de afdeling inmiddels zeer te waarderen dat het cliënten met een ASS steeds weer lukt om de hulpverleners en cliënten aan het denken te zetten, door schijnbare vanzelfsprekendheden ter discussie te stellen, feilloos de vinger op slordigheden en onduidelijkheden te leggen en verfrissende nieuwe invalshoeken te belichten.

BEHANDELRESULTATEN

Vanwege het toenemend aantal verwijzingen van cliënten met een ASS en verslaving zijn er aanvullende behandelinterventies ontwikkeld, vergelijkbaar met het reeds eerder ontwikkelde behandelaanbod voor andere comorbiditeit (zoals ADHD-coaching, VERS-training, EMDR en agressieregulatietraining). Verschillen in behandelresultaat tussen diverse combinaties van psychiatrische problematiek en verslaving werden eerder beschreven (Sonneborn & Bosma, 2011). Lopend onderzoek richt zich op eventuele verschillen in behandelresultaat tussen de groep met ASS en de overige cliënten.

Tot besluit

We hebben ons beperkt tot enkele ‘practice-based’ aandachtspunten en dilemma’s die gebaseerd zijn op onze ervaringen vanuit een DD-afdeling in de afgelopen jaren. We willen benadrukken dat een blauwdruk voor de behandeling ook in de toekomst niet snel geboden kan worden, aangezien ASS in de basis een informatieverwerkingsstoornis is die bij elke cliënt op gedragsniveau op een geheel eigen wijze zichtbaar wordt. De vraag is dus steeds wat ASS betekent bij deze individuele cliënt. Algemene kennis of mythen over autisme (Schoorman, 2010) blijken in de praktijk op individueel niveau niet of beperkt van toepassing.

De cliënt is dus vooral gebaat bij een grote mate van nieuwsgierigheid naar het specifieke karakter van het autisme bij elke individuele cliënt. Naarmate de cliënt samen met de hulpverlener meer zicht krijgt op de mogelijkheden, beperkingen en klachten die de ASS met zich meebrengt, ontstaat er meer ruimte om te onderzoeken wat de functie van middelengebruik of verslavingsgedrag kan zijn en daarmee ook voor de behandeling van de verslavingsproblematiek.

Literatuur

- Baron-Cohen, S. (2009). *Autisme en Asperger-syndroom: de stand van zaken*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Baron-Cohen, S., Scott, F.J., Allison, C., Williams, J., Bolton, P., Matthews, F.E. e.a. (2009). Autism spectrum prevalence: a school-based UK population study. *British Journal of Psychiatry*, 194, 500-509.
- Bowen, S. & Vieten, C. (2012). A compassionate approach to the treatment of addictive behaviors. The contributions of Alan Marlatt to the field of mindfulness-based interventions. *Addiction Research and Theory*, 20, 243-249.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S.E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., e.a. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30, 295-305.
- Bruin, C. de (2012). *Auti-communicatie: geef me de 5*. Doetinchem: Graviant.

- Dawson, D. & Macmillan, H.L. (1993). *Relationship management of the borderline patient: from understanding to treatment*. New York: Brunner/Mazel.
- Gerland, G. (2010). *Een echt mens, autobiografie van een autist*. Antwerpen: Houtekiet.
- Geurts, H.M., Deprey, L. & Ozonoff, S. (2010). De diagnostiek van comorbiditeit bij patiënten met een autismespectrumstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 753-761.
- Hoekstra, R.A., Bartels, A.A.J., Cath & Boomsma, D.I. (2008). Factor structure, reliability and criterion validity of the Autism-Spectrum Quotient (AQ): a study in Dutch population and patient groups. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1555-1566.
- Hoevenaars, E.H.W. (2009). Moeite met stoppen: Autisme, middelengebruik en de risico's op middelenverslaving. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2, 54-59.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nyden, A., Wentz, E., Stahlberg, O., e.a. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9, 35.
- Jansen, M.D., Geurts, H.M. & Tilburg, W. van. (2010). Diagnostiek van autismespectrumstoornissen bij volwassenen, een stapsgewijze aanpak. *De Psycholoog*, 45, 12, 36-43.
- Jongma, M., Meijer, J. & Gaal, A. van. (2008). *Leefstijltraining versie ASS: een bestaande behandelmodule herschreven voor mensen met ASS*. Nijmegen: VDO-HAN.
- Kan, C.C. (2008). *Psycho-educatiemodule autismespectrumstoornissen bij normaal begaafde volwassenen*. Werkboek. Maastricht: Shaker.
- Kan, C.C. (2012). Ontwikkeling van diagnostiek van autisme: van klassiek autisme naar ASS bij volwassenen. In Kan, C., Verbeeck, W., Bartels, A. (red.), *Diagnostiek van autisme-spectrumstoornissen bij volwassenen. Een multidisciplinaire benadering* (pp. 7-18). Amsterdam: Hogrefe.
- Koomans van den Dries, H. (2012). *Training autisme en verslaving*. Interne publicatie. Apeldoorn: Tactus Verslavingszorg.
- Lord, C., Rutter, M. & LeCouteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 185-212.
- Lugnegård, T., Hallerback, M.U. & Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1910-1917.
- Muser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders. A guide to effective practice*. New York: Guilford Press. (LEDD, Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. Een richtlijn voor effectieve behandeling, Utrecht, De Tijdstroom, 2011.)
- Roozen, H.G., Boulogne, J.J., Tulder, M.W. van, Brink, W. van den, Jong, C.A.J. de & Kerkhof, A.J.F.M. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 1-13.
- Rutter, M., Le Couteur, A. & Lord, C. (2003). *Autism diagnostic interview-revised*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ryden, G., Ryden, E. & Hetta, J. (2008). Borderline personality disorder and autism spectrum disorder in females. A cross-sectional study. *Clinical Neuropsychiatry*, 5, 22-30.
- Santosh, P.J. & Mijovic, A. (2006). Does pervasive developmental disorder protect

- children and adolescents against drug and alcohol use. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 183-188.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G. & Buchholz, A. (2011). *MATE 2.1. Handleiding en protocol*. Nijmegen: Bêta Boeken.
- Schuurman, C. (2010). *Cognitieve gedragstherapie bij autisme: een praktisch behandelprogramma voor volwassenen*. Amsterdam: Hogrefe.
- Singh, S.K.B., Helleman, H. & Dom, G. (2012). Autismespectrumstoornis en verslaving: een onbekende comorbiditeit? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 893-897.
- Sizoo, B., Brink, W. van den, Koeter, M., Gorissen van Eenige, M., Wijngaarden-Cremers, P. van & Gaag, R.J. van der. (2009). Treatment seeking adults with autism or ADHD and co-morbid substance use disorder: prevalence, risk factors and functional disability. *Drug and Alcohol Dependence*, 107, 44-50.
- Sonneborn, C.K.M.E. & Bosma, M.W.M. (2011). Comorbidity and outcome in dual diagnosis patients. Characteristics of 228 inpatients. *Mental Health and Substance Use*, 5, 42-51.
- Spek, A.A. (2008). DSM IV interview. Semi-gestructureerd anamnestic interview ter beoordeling of er sprake is van een autismespectrumstoornis. Eindhoven: GGZ Eindhoven, Centrum Autisme Volwassenen.
- Spek, A.A. (2010). *Mindfulness bij volwassenen met autisme. Een wegwijzer voor hulpverleners en mensen met ASS*. Amsterdam: Hogrefe.
- Spek, A.A., Ham, N.C. van & Nyklíček, I. (2013). Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 246-253.
- Spek, A.A., Teunisse, J.P., Tesink, C., Mol, A.J.J. & Noens, I.L.J. (2010). ASS-diagnostiek bij volwassenen, (Neuro)psychologisch onderzoek bij volwassenen met een autismespectrumstoornis en een (boven)gemiddelde intelligentie. *De Psycholoog*, 45, 45-56.
- Tinsley, M. & Hendrickx, S. (2008). *Asperger syndrome and alcohol: drinking to cope?* Londen: Jessica Kingsley.
- Vermeulen, P. (2005). *Ik ben speciaal, dl. 2. Werkboek psycho-educatie voor mensen met autisme*. Berchem: EPO.
- Vuijk, R., Nijs, F.P.A. de, Vitale, S.G., Simons-Sprong, M. & Hengeveld, M.W. (2012). Persoonlijkheidsaspecten bij volwassenen met autismespectrumstoornissen gemeten met de Temperament and Character Inventory (TCI). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 699-707.
- Wildt, W.A.J.M. (2001). *Leefstijltraining 2. Langerdurende individuele verslavingsbehandeling*. Zeist: Cure & Care.
- Witte, M. de (2009). *Zorgen dat het kwartje valt. Zoetermeer: Free Musketeers*.